業務従事証明書

年 　　 月 　　 日

住所

申請者

氏名

住所

証明を受ける者

氏名

次の内容の証明を願います。

|  |
| --- |
| １　雇用形態　　正規職員　・　非正規職員　　※該当する雇用形態を「〇」で囲んでください。  |
| ２　免許又は資格の種類※専門看護師又は認定看護師は，看護分野の名称を記載してください。 |
| ３　就業期間**□**　　　 　　 年 　　 月 　　 日　から　現在在職中**□**　　　 　　 年 　　 月 　　 日　から　　　　　　　　　年 　　 月 　　 日　までの　　　　箇月※専門看護師又は認定看護師を取得した場合は，取得した看護分野での就業期間を記載してください。※該当する就業期間にチェック（**☑**）を入れてから年月日等を記載してください。 |
| ４　勤務内容※専門看護師又は認定看護師として従事している場合は，その旨がわかるように勤務内容を記載してください。 |

上記の内容について，相違ないことを証明します。

年 　　 月 　　 日

所在地

就業先　名称

施設の長　　　　　　　　　　　　　　　㊞

貸付番号（市記入欄）

 － 　 －